

Herzlich Willkommen in unserer Praxis liebe Patientin, lieber Patient!

Wie Sie bald feststellen werden, kommt es in unserer Praxis kaum zu längeren Wartezeiten. Dieses liegt vor allem an unserem Bestellsystem. Es kann aber nur funktionieren, wenn Sie vereinbarte Termine, die Sie nicht einhalten können, spätestens 24 Stunden vorher absagen. Damit erweisen Sie uns und Ihren Mitpatienten einen großen Gefallen.

Ausfallzeiten können nach § 615 Satz BGB § 287 ZPO in Rechnung gestellt werden. Als Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung bitten wir Sie, uns Ihre Krankenversichertenkarte spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorzulegen, da Ihnen die Kosten Ihrer Behandlung ansonsten privat in Rechnung gestellt werden müssen.

Haben Sie bitte auch Verständnis dafür, dass Sie in unserer Bestellpraxis unangemeldet, z.B. infolge akuter Schmerzen, u.U. mit längeren Wartezeiten rechnen müssen.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr unter Einfluss von Injektionen zur lokalen Betäubung, therapeutischen Injektionen und Medikamenten, die vor und während der Behandlung verabreicht werden, nach der Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gerne ein Taxi.

Um Ihren Aufenthalt angenehm gestalten und uns gut auf Ihre individuellen Bedürfnisse und Wünsche einstellen zu können, beantworten Sie bitte die Fragen auf den folgenden 4 Seiten möglichst vollständig:

Patient:

Herr/Frau/Kind Name _____ Vorname _____ geb.: _____

Anschrift Straße, Nr. _____

Postleitzahl, Ort _____ Tel. Privat _____

E-Mail: _____

Mitglied/Zahlungspflichtiger:

Herr/Frau Name _____ Vorname _____ geb.: _____

Anschrift Straße, Nr. _____

Postleitzahl, Ort _____ Tel. Privat _____

E-Mail: _____

Ich bin privat pflicht- freiwillig zusatz- versichert

Name der Krankenversicherung _____ und

Name der Zusatzversicherung _____

Wenn privat, dann Basistarif Standardtarif Faktorbegrenzung

Anschrift des Arbeitgebers Straße, Nr. _____

Postleitzahl, Ort _____ Tel. _____

Viele Krankheiten können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deshalb bitten wir Sie um das Ausfüllen dieses Erhebungsbogens. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Bitte beachten Sie, dass die Angaben der ärztlichen Schweigepflicht gemäß §203 des Strafgesetzbuches sowie den strengen Bestimmungen des Bundesdatenschutzes unterliegen. Sie dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Änderungen Ihres Gesundheitszustandes sind uns unverzüglich mitzuteilen.

ALLGEMEINE ANAMNESE - diese Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht

Leiden und litten Sie an Erkrankungen folgender Organe (zutreffendes ankreuzen)

- (ja) (nein) Herzerkrankungen, wenn ja welche: _____
- (ja) (nein) Herzschrittmacher
- (ja) (nein) Schlaganfall
- (ja) (nein) Kreislaufbeschwerden
- (ja) (nein) Blutgerinnungsstörung
- (ja) (nein) Bluthochdruck
- (ja) (nein) niedriger Blutdruck
- (ja) (nein) Infektionskrankheiten (HIV / Hepatitis A, - B, -C / TBC)
- (ja) (nein) Asthma
- (ja) (nein) Nierenerkrankung
- (ja) (nein) Magenerkrankung
- (ja) (nein) Chronische Atemwegbeschwerden
- (ja) (nein) Diabetes
- (ja) (nein) Rheuma
- (ja) (nein) Augenerkrankungen
- (ja) (nein) Epilepsie
- (ja) (nein) Schilddrüsenerkrankungen
- (ja) (nein) sonstige Erkrankungen wenn ja, welche? _____
- (ja) (nein) Allergien wenn ja, welche?: _____
- (ja) (nein) Rauchen Sie? Wenn ja, _____ Stück
wie viele Zigaretten am Tag?

Nehmen Sie zurzeit regelmäßig Medikamente ein? (ja) (nein)
Wenn ja, welche? _____

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? (ja), wegen _____ (nein)

Wer ist Ihr(e) Hausarzt / -ärztin? _____ Tel.: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Google Empfehlung Website

Für weibliche Patienten:

Besteht eine Schwangerschaft? (ja) (nein)

SPEZIELLE ANAMNESE - diese Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht

Bitte ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen

- Was ist der Anlass für den heutigen Zahnarztbesuch? _____
- Wann war der letzte Zahnarztbesuch? _____
- Haben Sie gelegentlich oder häufig Zahnfleischbluten? (ja) (nein)
- Wurden im letzten Jahr Röntgenbilder von Ihren Zähnen gemacht? (ja) (nein)
- Wollen Sie Ihre Zähne regelmäßig professionell reinigen lassen,
um Erkrankungen des Zahnhalteapparates vorzubeugen? (ja) (nein)
- Haben oder hatten Sie Schmerzen beim Mundöffnen, Gähnen
oder Kauen? (ja) (nein)
- Sind einzelne Zähne temperaturempfindlich? (ja) (nein)
- Pressen oder knirschen Sie mit den Zähnen? (ja) (nein)
- Haben Sie gelegentlich oder oft Nackenverspannungen /
Kopfschmerzen? (ja) (nein)

Ich bin mit einer Versorgung mit Amalgamfüllungen im Seitenzahnbereich entsprechend den Richtlinien der gesetzlichen Krankenkassen für eine zweckmäßige, ausreichende und wirtschaftliche Versorgung einverstanden.

Ich wünsche eine höherwertige Versorgung als Amalgamfüllungen und trage die Zusatzkosten nach einer Kostenaufklärung selbst.

Besondere Behandlungswünsche: _____

Ich möchte kostenlos am Erinnerungsservice der Praxis teilnehmen und regelmäßig brieflich oder per E-Mail an meinen Kontrolltermin erinnert werden (RECALL).

(ja) (nein)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Datum Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter)

AUFKLÄRUNG ÜBER DIE ZAHNÄRZTLICHE LOKALANÄSTHESIE

Die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) dient der lokalen Ausschaltung der Schmerzempfindung im Zahn-, Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich. Durch sie können die notwendigen Behandlungen (wie z. B. Füllungen, Wurzelbehandlungen, Extraktionen, Operationen) in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Überwiegend wird diese Körperregion vom Nervus trigeminus (Hirnnerv) mit Gefühl versorgt. Um diesen zu betäuben, wird die Lokalanästhesielösung möglichst dicht an kleinere Nervenfasern (Infiltrationsanästhesie), in den Zahnhalteapparat und Kieferknochen (intragligamentäre Anästhesie) oder in die Nähe eines der drei Hauptäste des Nerven (Leitungsanästhesie) platziert. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen nicht immer vermeidbar. Ferner kann es unter anderem zu folgenden Komplikationen kommen.

Hämatom (Bluterguss): Durch Verletzung kleiner Blutgefäße können Blutungen in das umgebende Gewebe eintreten. Bei Einblutungen in einen der Kaumuskeln infolge der Injektion kann es zu einer Behinderung der Mundöffnung und Schmerzen, in ganz seltenen Fällen auch zu Infektionen, kommen. Sie sollten Ihren Zahnarzt bei entsprechenden Beschwerden informieren, damit eine geeignete Behandlung erfolgen kann. In der Regel kommt es zu einer vollständigen Wiederherstellung der Funktion.

Nervschädigung: Bei der Leitungsanästhesie kann in sehr seltenen Fällen eine Irritation von Nervenfasern eintreten. Hierdurch sind vorübergehende bzw. dauerhafte Gefühlsstörungen möglich. Dies betrifft vor allem die Injektion im Unterkiefer, bei der die entsprechende Zungen- oder Unterkieferhälfte sowie die Lippenregion betroffen sein können. Eine spezielle Therapie gibt es derzeit nicht. Die spontane Heilung muss abgewartet werden. Sollte das Taubheitsgefühl nicht nach maximal 12 Stunden vollständig abgeklungen sein, informieren Sie bitte umgehend Ihren Zahnarzt.

Verkehrstüchtigkeit: Infolge der örtlichen Betäubung und der zahnärztlichen Behandlung kann es zu einer Beeinträchtigung der Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit kommen. Diese ist primär nicht auf das Medikament, sondern vielmehr auf den Stress und die Angst im Rahmen der Behandlung sowie die lokale Irritation zurückzuführen. Sie sollten daher während dieser Zeit nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen.

Selbstverletzung: Sollten außer dem behandelten Zahn auch die umgebenden Weichteile (z. B. Zunge, Wangen, Lippen) betäubt sein, verzichten Sie bitte, solange dieser Zustand anhält, auf die Nahrungsaufnahme. Neben Bissverletzungen sind auch Verbrennungen und Erfrierungen möglich.

- Die Aufklärung habe ich verstanden
- Ich möchte nur bei sehr schmerzhaften Maßnahmen mit örtlicher Betäubung behandelt werden.
- Ich möchte immer mit örtlicher Betäubung behandelt werden
- Ich möchte nie mit örtlicher Betäubung behandelt werden.
- Ich möchte dies jeweils individuell entscheiden.

Datum Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter)